

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS
DE
RUPTURES DU SEGMENT INFÉRIEUR
DE L'UTÉRUS
GUÉRIES SANS INTERVENTION CHIRURGICALE
(TAMPONNEMENT SIMPLE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joannès PITAVY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à SAUVESSANGES (Puy-de-Dôme) le 21 août 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS
DE RUPTURES DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS
GUÉRIES SANS INTERVENTION CHIRURGICALE
(TAMPONNEMENT SIMPLE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 104

**A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS
DE
RUPTURES DU SEGMENT INFÉRIEUR
DE L'UTÉRUS
GUÉRIES SANS INTERVENTION CHIRURGICALE
(TAMPONNEMENT SIMPLE)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joannès PITAVY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à SAUVESSANGES (Puy-de-Dôme) le 21 août 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président ; TRILLAT, assesseur ;

RHENTER et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PERE ET A MA MERE

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour les nombreux sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

Qu'ils soient assurés que je m'efforcerai de les suivre dans la voie du devoir et de l'honneur qu'ils m'ont tracée.

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

En reconnaissance pour les
soins empressés et dévoués
qu'ils nous ont prodigués lors
d'une période douloureuse de
notre vie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Professeur de Clinique Obstétricale

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de notre jury de thèse ;
nous lui présentons nos res-
pectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORON
Accoucheur des Hôpitaux de Lyon

Il nous a toujours grandement
ouvert son service et a bien
voulu nous fournir le sujet de
cette thèse. Nous lui adressons
nos plus vifs remerciements
et l'assurons de notre sincère
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET
Accoucheur des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a permis de publier
une de ses observations.

A MES MAITRES

Dans les Hôpitaux de Lyon :

MESSIEURS LES DOCTEURS :

BONNAMOUR	DESGOUTTES
GALLAVARDIN	Professeur WEILL (<i>in Memoriam</i>)
PALLASSE	BERIEL
CHALIER	BARJON
Professeur ROLLET	VORON

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

MESSIEURS LES DOCTEURS :

GONNET, NORDMAN, ARNAUD, DUJOL, MULLER.

A MON JURY

**A propos de quelques Observations
de ruptures du Segment inférieur de l'Utérus
guéries sans intervention chirurgicale
(Tamponnement simple)**

INTRODUCTION

La rupture utérine est un des accidents les plus graves que l'on rencontre au cours de l'acte physiologique qu'est l'accouchement, car, la vie de la parturiente est doublement menacée par l'hémorragie et l'infection. Aussi, de tous temps, a-t-on cherché les moyens les plus efficaces et les plus pratiques pour porter remède à un tel danger.

Au cours de ce travail, nous donnerons, d'abord, un rapide aperçu sur l'historique des différentes méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour, en montrant qu'actuellement, c'est le traitement chirurgical qui est préconisé dans tous les cas et que, pour la majorité des auteurs

rupture utérine = laparotomie

Disons dès maintenant, qu'en effet, le traitement chirurgical est celui qui s'impose dans la plupart des cas, car, c'est le seul qui permette de mettre à nu la plaie et d'agir le plus sûrement sur elle. Mais, ici comme

ailleurs, on ne peut être absolu et il faut savoir reconnaître les contre-indications de l'anesthésie et de l'intervention chirurgicale.

Monsieur le Docteur Voron vient d'observer deux cas de rupture du segment inférieur dans son service à la Maternité de la Charité qu'il nous a demandé de publier.

Nous y ajouterons quelques observations empruntées à d'autres auteurs, et, nous verrons dans quels cas on peut différer l'intervention et se contenter, au moins momentanément, d'un traitement plus simple, en quelque sorte palliatif.

HISTORIQUE

La gravité de l'affection et la difficulté d'atteindre l'utérus expliquent que les moyens préconisés pour traiter les ruptures de cet organe sont multiples, et ont varié avec les auteurs, et aussi, suivant les âges. La découverte de l'*asepsie* et de l'*antiseptie* a eu, à ce sujet, une grande influence.

Autrefois, en effet, tous les procédés employés, la plupart évidemment conservateurs, étaient voués à l'insuccès : la malade mourait à peu près fatalement d'infection, car, on ignorait l'existence des microbes et les procédés de stérilisation n'étaient même pas soupçonnés.

Mais, dès que l'on découvrit la cause de cette infection et les moyens de la prévenir et de la combattre, tout espoir fut permis et le traitement des ruptures utérines prit un intérêt considérable. A partir de ce moment, on perfectionna les méthodes déjà employées et l'on en préconisa de nouvelles, plus hardies, et de plus grande envergure, qui allèrent en se précisant peu à peu.

Ce furent d'abord des procédés timides, médicaux surtout : *simple drainage, injections antiseptiques, tamponnement.*

L'*apogée du tamponnement* eut lieu de 1895 à 1900. Préconisé d'abord en Allemagne par Dürhssen, Braun, Gessner, Doorman, il fut défendu en France par Tarnier qui en décrivit ainsi la *technique* :

« Après une toilette vulvaire et une injection vaginale antiseptique, on met à découvert le col utérin, à l'aide de valves de Sims ; on en saisit les deux lèvres avec des pinces de Museux et on l'abaisse en combinant les tractions faites sur ces pinces à la pression exercée sur le fond de l'utérus par la paroi abdominale. Le col et le segment inférieur de l'utérus peuvent être alors inspectés dans la plus grande partie de leur étendue. On explore la solution de continuité de l'utérus et, au besoin, on applique une pince hémostatique sur une artère donnant du sang, mais il est rare que cela soit nécessaire. On saisit alors avec une pince tire-balles les bords de la déchirure et on fait une toilette minutieuse avec de petits tampons de coton hydrophile trempés dans une solution de sublimé....

On procède ensuite au tamponnement de l'utérus. A cet effet, on introduit, jusqu'au fond de l'organe, une première bande de gaze iodoformée de 10 cm de largeur environ dont le chef inférieur reste dans le vagin, puis, à travers la plaie utérine, on glisse une deuxième bande de gaze qui va se perdre jusqu'à une certaine distance dans la profondeur, soit dans le péritoine, soit dans le ligament large, suivant que la rupture est intra ou extra péritonéale. Cela fait, on retire les pinces à fixation et on continue à remplir de ouate iodoformée le col et le vagin. On applique enfin un bandage abdominal compressif, dans le but de fixer l'utérus et de le maintenir abaissé. Dès lors, les deux lèvres de la plaie utérine ne donnent plus lieu à du suintement sanguin, et, s'il n'est passé aucun principe septique dans le péritoine, la guérison pourra être obtenue. Au bout de 24 ou 48 heures,

suivant l'abondance de l'écoulement, on renouvellera le tampon iodoformé du vagin, mais on maintiendra plus longtemps celui de l'utérus ».

Mais, déjà la chirurgie se perfectionnait et elle devait s'occuper de réparer les dégâts d'une déchirure de l'utérus. On vit alors préconiser des techniques multiples : *sutures* par le vagin ou après laparotomie, enfin, *hystérectomie*, soit par voie vaginale, soit par voie abdominale.

La multiplicité des procédés s'explique par l'activité qui se déploya autour de la question et les discussions animées qui éclatèrent alors entre partisans du traitement conservateur et défenseurs des méthodes sanglantes, discussions qui aboutirent à faire mettre la question à l'ordre du jour du Congrès de Nantes en 1901.

L'intérêt que présenta la question à ce moment est indiqué par les nombreuses statistiques publiées. Elles sont intéressantes à connaître, car elles montrent mathématiquement les résultats de chaque méthode.

Merz K, par exemple, publie la statistique suivante :

Traitement	Rupt. complètes			Rupt. incomplètes		
	Nombre	Guérison	%	Nombre	Guérison	%
Sans traitement	70	10	14,2	21	4	19
Bandage compressif . .	3	1		2	2	
Tamponnement	15	6	40	10	3	30
Drainage ou mèche iodoformée	27	18	66,6	7	6	83,3
Voie abdominale	54	26	48,1	1	1	

Ceci nous montre que le tamponnement simple donne un pourcentage important de 40 p. 100 de guérisons, et, si l'on y joint les cas traités par la mèche iodoformée, ou un simple drainage, on arrive à une proportion de plus de 50 p. 100 dans les ruptures complètes, c'est-à-dire dans les cas les plus graves. En regard, la laparotomie donne un résultat sensiblement identique de 48 à 49 p. 100.

Dans la thèse de Forné, nous relevons une autre statistique, française cette fois, et portant sur 270 cas :

Traitement		Nombre	Guérison	%
Voie vagi- nale	Expectation.....	76	11	14,47
	Drainage.....	28	18	63,57
	Injection antiseptique..	16	8	50
	Tamponnement.....	20	10	50
	Suture par vagin.....	2	1	50
	Hystérectomie vaginale	6	3	50
Voie abdo- minale	Laparotom. sans suture	25	14	56
	— avec suture	32	16	50
	Porro.....	44	18	40,99
	Hystérectomie totale...	16	6	37,50

Par ce tableau, on voit encore que le traitement non sanglant, en particulier par le tamponnement, peut donner des résultats appréciables.

Enfin, Ivanoff publie, dans les *Annales de Gynécologie* de mai 1903, les cas de rupture utérine observés à la Maternité de Moscou de 1877 à 1901 et qui ont tous été traités par les méthodes conservatrices : bandage abdominal compressif, vessie de glace, et, dans la majorité des cas, tamponnement de la déchirure avec de la gaze iodoformée. Sur 124 cas observés, il y a 98 décès, donc 21 p. 100 de guérisons. Ce pourcentage se modifie ainsi suivant les lésions anatomiques observées : 12 p. 100 dans les ruptures complètes et 38 p. 100 dans les ruptures incomplètes. Si l'on tient compte du fait que ces observations remontent jusqu'en 1877, c'est-à-dire à une époque où l'asepsie et l'antisepsie étaient encore à un état plutôt primitif, on comprend qu'une telle proportion indique que le tamponnement peut parfaitement être suffisant dans certains cas.

Quant au Docteur Klien, ses proportions sont de 48 p. 100 de guérisons par les méthodes conservatrices et de 56 p. 100 par voie opératoire.

Bref, toutes ces statistiques montrent évidemment la supériorité du traitement opératoire, sans rejeter complètement le traitement conservateur.

La plupart des auteurs préconisent le traitement sanglant dont la supériorité fut officiellement affirmée au *Congrès de Nantes* de 1901.

Le rapporteur, Varnier, présenta 23 cas de rupture utérine qu'il divise en deux groupes : Dans un premier groupe de onze cas, observés de 1885 à 1897, et traités par le tamponnement, il n'obtint qu'une seule guérison.

Dans le deuxième groupe, de douze cas, observés de 1897 à 1901, six furent traités par laparotomie : trois

guérisons furent obtenues. Dans les autres cas, le décès survint avant que toute intervention fut possible.

Se basant là-dessus, Varnier réprouva complètement le traitement conservateur, et demanda d'intervenir dans tous les cas par laparotomie suivie, soit d'hystérectomie totale ou subtotale, soit de l'opération de Porro.

M. le Professeur Pinard, après avoir insisté sur la gravité des ruptures utérines quels que soient la thérapeutique et l'outillage employés, soutint la thèse de Varnier et réclama également la laparotomie.

La plupart des auteurs admettent cette thèse et, Varnier, dans un article paru dans les *Annales de Gynécologie* de 1901, revient sur la question en insistant et en posant le principe absolu que toute rupture utérine doit être opérée quel que soit l'état de la malade.

« Nous avons opéré, dit-il, quelles qu'aient été les probabilités d'une terminaison rapidement funeste, chaque fois que, le diagnostic établi, nous avons eu le temps matériel de réunir les éléments indispensables à la parfaite exécution d'une laparotomie.

Il faut, dans ces conditions, s'attendre à voir rester quelques patientes sur la table d'opération, comme il en meurt quelques instants avant qu'on soit prêt à prendre le couteau. Qui ne sait cependant, qu'appliquée à la rupture des kystes fœtaux, l'intervention faite *in extremis* a donné des résultats inespérés. « Tant qu'il y a vie, il y a espoir ».

En somme, pour lui, qui dit rupture utérine dit laparotomie, tant que la malade respire.

Cette thèse est, peut-être, un peu trop absolue. Comme la majorité des auteurs, nous admettons que la déchirure

de l'utérus réclame avant tout un traitement chirurgical, car, si l'on veut lutter contre une hémorragie menaçante, fermer aux microbes la porte d'entrée de la cavité péritonéale, réparer des lésions plus ou moins importantes, il est nécessaire de voir clair, d'avoir les pièces en main.

Mais il est des circonstances où l'opération entraînera à peu près fatalement la mort de la malade ; il faut alors savoir s'abstenir et essayer un traitement inoffensif qui peut suffire, les statistiques précédentes nous l'ont déjà montré, à obtenir la guérison.

Des indications de l'expectation

Un certain nombre d'auteurs sont revenus sur la question, et, après avoir publié des observations personnelles, ont montré dans quelles circonstances l'intervention peut être différée, cédant la place, momentanément du moins, au tamponnement.

A l'étranger d'abord, nous voyons des partisans résolus du traitement conservateur qui semblent vouloir interdire l'intervention dans les ruptures utérines. Ils exagèrent nettement, et nous ne les suivrons pas dans leur façon de penser. Nous citerons parmi eux : En Allemagne, O. Franqué, de Wurtzbourg, qui préconise, de parti-pris, après la délivrance, le bandage compressif du ventre et un simple drainage ou une mèche iodoformée.

Klien, moins absolu, reconnaît aussi que le traitement conservateur donne de bons résultats et ses statistiques rapportées par Ivanoff donnent 48 p. 100 de guérisons par les méthodes conservatrices, contre 56 p. 100 par voie opératoire.

En Angleterre, Herbert Spencer fut le grand défenseur de l'expectation, surtout dans les cas paraissant plutôt

bénins, par exemple, lorsque la rupture est incomplète. Il a publié ainsi un certain nombre d'observations traitées par l'expectative et qui se sont terminées par la guérison.

En France, l'influence de Varnier se fit plutôt sentir et sa thèse fut naturellement admise à peu près unanimement ; mais, peu à peu, quelques auteurs publièrent des observations de guérison pour des cas où l'intervention ne fut pas pratiquée pour une raison quelconque.

En 1900, M. le Professeur Commandeur, publia dans « *L'Obstétrique* », cinq observations de déchirures de la portion flasque du conduit utéro-vaginal. Parmi elles, deux intéressaient le segment inférieur de l'utérus (Observations III et IV). Dans chaque cas, l'hémorragie externe fut importante, menaçant la vie de la malade. Les moyens d'attente furent employés, la compression de l'aorte elle-même n'amena qu'un ralentissement de l'écoulement. Il fallut agir au plus vite, et, c'est alors que l'on s'adressa au tamponnement serré à la Dührssen qui, au bout d'un moment de compression, amena la cessation de l'hémorragie. Le Professeur Fochier, appelé auprès d'une des malades, fut aussi d'avis d'attendre avant de faire la laparotomie.

Dans les deux cas, la guérison fut obtenue assez rapidement, et M. Commandeur reconnut que le tamponnement est une méthode d'urgence qui peut suffire en évitant ainsi à la malade les risques d'une laparotomie faite à un moment inopportun.

Boissard et Vigne publièrent également une observation à la séance du 16 novembre 1911 de la Société d'Obstétrique de Paris (Observation V). Cela leur donna

l'occasion de montrer que le principe posé par Varnier est un peu trop absolu. Tout en acceptant d'une manière générale l'intervention comme base du traitement des ruptures utérines, ils estimèrent qu'il y a, en pratique, des cas où il faut savoir s'abstenir et attendre.

Plus récemment, Venot et Péry publièrent, à la séance du 23 mars de la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail, rupture diagnostiquée par le toucher manuel sans qu'il ait été possible de dire si elle intéressait ou non le péritoine. Traitée médicalement, sans aucune intervention chirurgicale, elle guérit assez rapidement en six semaines.

Le 25 février 1921, Hervey Williamson présenta à l'Académie de Médecine de New-York, les deux observations que nous reproduisons plus loin (Observation VI et VII). Ce fut, évidemment, l'occasion d'une discussion au cours de laquelle Komak, venant appuyer H. Williamson, déclara avoir observé lui-même plusieurs cas analogues et que, depuis, il avait personnellement adopté le traitement conservateur dans certaines ruptures utérines, notamment dans les déchirures du segment inférieur.

L'an dernier encore, M. le Docteur Voron eut l'occasion d'observer, dans son service de la Maternité de la Charité, deux cas de ruptures du segment inférieur qu'il traita par le tamponnement et qui guérèrent parfaitement (Observation I et II).

Dans la première, il s'agit d'une malade dont l'état général est si mauvais, que l'on désespère de la sauver ; elle a beaucoup saigné avant son entrée à l'hôpital, elle

est extrêmement shockée, son pouls est presque imperceptible. Va-t-on, malgré cela, lui faire subir la laparotomie et une hystérectomie comme l'exigerait sa rupture utérine ? C'est la mort certaine dès la première bouffée de l'anesthésique, avant même l'incision de la paroi. Le chirurgien qui la voit se refuse lui-même à l'opérer.

D'ailleurs, rien n'indique une intervention d'urgence ; elle ne saigne plus ; mieux vaut donc la laisser tranquille et attendre la suite des événements en soutenant son cœur et en relevant son état général. Cette conduite s'impose cliniquement et logiquement, car elle laisse courir à la malade sa seule chance de guérison. La suite fut heureuse, et nous ne voulons pas dire qu'il en sera toujours ainsi ; mais, dans de telles circonstances, les statistiques seront certainement en faveur de l'abstention chirurgicale. En somme, la contre-indication opératoire relève de l'état général de la malade et non de la lésion utérine,

Dans la deuxième observation, il n'en est plus de même. La malade va bien, son état général est bon, et cependant, la rupture est évidente. L'expectation est tout de même pratiquée, parce que la malade ne saigne plus et que la rupture est réellement petite. Ici, l'intervention eut été beaucoup plus nettement indiquée, et elle aurait donné vraisemblablement un bon résultat. Les suites de l'expectative furent bonnes également et après quelques phénomènes péritonéaux, la malade guérit parfaitement en gardant son utérus.

De ces différents cas de rupture utérine, nous rapprocherons certaines ruptures du vagin, par exemple, celles

qui intéressent la partie supérieure de l'organe et peuvent atteindre le péritoine, comme c'est le cas dans l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le Docteur Gonnet (Observation VIII), où il s'agissait de l'ouverture du Douglas au cours d'une intervention obstétricale grave commandée elle-même par le mauvais état général de la parturiente. Après trois heures et demie d'anesthésie et de manœuvres intra-utérines, on s'aperçut de la déchirure et on se vit dans l'obligation de s'en tenir au traitement palliatif, car on ne pouvait imposer à la malade une laparotomie avec nouvelle narcose.

M. le Professeur Commandeur, dans son article paru dans « *L'Obstétrique* », en 1900, présente également deux cas de rupture du vagin et un cas de déchirure de la portion vaginale du col, qui ont guéri par le tamponnement.

Quoique ne rentrant pas dans le cadre de cette thèse, ces différentes observations méritent d'être signalées, car elles relèvent d'un traitement un peu analogue à celui des ruptures du segment inférieur. Elles nous montrent, en effet, qu'en présence d'une plaie vagino-utérine intéressant ou non le péritoine, il ne faut pas se décourager, même si l'on n'est pas dans des conditions suffisantes pour pouvoir intervenir chirurgicalement. Le traitement médical avec tamponnement peut suffire pour permettre à la malade de lutter contre la perte plus ou moins abondante de sang qu'elle a subie et contre l'infection.

Nous nous empressons d'ajouter, d'ailleurs, que la rupture vulvo-vaginale est d'une gravité moindre que

celle de l'utérus, et que son pronostic est beaucoup plus favorable.

De l'ensemble de ces observations, nous sommes donc enclin à tirer les conclusions suivantes : Si la rupture utérine doit en principe être toujours traitée par la laparotomie, il est tout de même des circonstances où il faut savoir raisonner et se contenter de l'expectative.

Nous venons de voir que *lorsque l'état général est trop grave*, que l'on a l'impression que la malade ne supportera pas une anesthésie et le shock d'une hystérectomie, il vaut mieux la laisser au repos, mettre une mèche pour prévenir une hémorragie qui peut toujours se reproduire par la plaie, relever l'état général par tous les moyens, et attendre une indication opératoire plus précise.

Cette conduite n'est d'ailleurs pas spéciale aux ruptures utérines ; elle est courante en chirurgie, où, dans tous les cas graves nécessitant une intervention, le chirurgien doit d'abord s'assurer que le malade est susceptible de supporter l'opération. Si on le juge incapable d'en faire les frais, on se borne, avec raison, à l'expectative, car, rien ne sert d'opérer un malade, s'il ne doit en tirer quelque profit.

Or, l'observation I montre que, même dans des cas désespérés, on peut, par l'expectative simple, obtenir des guérisons auxquelles on était loin de penser. Laissons donc à la malade sa seule chance de se tirer d'affaire.

Il en est de même *lorsque les circonstances matérielles sont défavorables.*

Prenons, par exemple, le cas d'un médecin de campagne mis en présence d'une rupture utérine. Se basant

sur la loi qui veut que sa malade soit opérée d'urgence, va-t-il recourir lui-même à une hystérectomie ? Il est seul, n'a aucun des instruments nécessaires et ne peut s'entourer des conditions d'asepsie que réclame l'ouverture du péritoine.

Evidemment, il est obligé de s'abstenir et de se contenter d'un traitement palliatif plus à sa portée. Il placera une mèche dans la plaie utérine pour arrêter l'hémorragie qui se produit et fermer aussi bien que possible la cavité péritonéale. Ce traitement d'urgence terminé, s'il juge sa malade capable d'être transportée dans un centre chirurgical, il l'enverra au plus tôt pour que puisse être pratiquée la laparotomie.

Mais, si l'état général contre-indique le transfert, il devra se contenter de son traitement d'attente et faire bénéficier sa malade de tous les moyens médicaux et de petite chirurgie qu'il est possible de lui prodiguer..

Enfin, l'expectation armée semble s'imposer encore davantage lorsque, en plus des conditions précédentes, on est en présence d'une malade qui ne saigne plus, dont la déchirure est petite et ne semble pas intéresser le péritoine. Naturellement, la malade sera mise en observation et, dès qu'une indication opératoire apparaîtra, on n'hésitera pas.

Sans doute, comme le fait justement remarquer M. le Professeur Commandeur, le tamponnement n'est pas un procédé modèle sans défaut. Outre la douleur qu'il occasionne fatalement, il ne met pas absolument à l'abri de l'infection, mais il en diminue tout de même les chances en fermant partiellement au moins la plaie péritonéale.

Ce n'est pas le procédé idéal à recommander partout,

mais, *c'est un moyen de fortune*, de technique facile, à la portée de tous les praticiens, et qui a le gros avantage de permettre d'assurer une hémostase relative en peu de temps. Aussi, doit-il être connu de tous, car il pourra rendre des services importants dans des cas d'urgence, et, lorsque la malade, pour une raison quelconque, ne pourra être opérée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Docteur VORON)

Mme D. O..., 36 ans, IX^e pare, entre à la Maternité de la Charité le 10 septembre 1924, à 4 heures.

L'interrogatoire apprend qu'elle a accouché à domicile à minuit d'un premier enfant en présentation du sommet. Puis sont apparues de violentes douleurs qui inquiètent les sages-femmes qui surveillent la malade et un médecin est appelé. Celui-ci constate à son arrivée qu'il existe un deuxième fœtus en présentation de l'épaule avec main droite à la vulve. En s'abstenant de toute manœuvre, il envoie la parturiente à la Maternité.

A son arrivée, on est frappé par le mauvais état général de la malade, qui a 38° de température, un pouls petit, filant, un teint d'une pâleur extrême (elle aurait perdu beaucoup de sang chez elle). On pense alors à la possibilité d'une rupture utérine et on lui fait des toniques généraux (huile camphrée, caféine, etc.); en même temps qu'on se prépare à évacuer l'utérus par version. Celle-ci est faite avec beaucoup de précautions, lentement et sans grosses difficultés. On termine par un Mauriceau sur tête dernière à 5 heures. Enfant masculin mort-né, pesant 2.850 gr.

La malade ne perd pas et, deux minutes après l'extraction du deuxième fœtus, elle expulse un placenta, après quoi on vérifie la cavité utérine.

On constate une rupture du segment inférieur au niveau de la face postérieure. La main pénètre dans l'orifice et, en suivant la

face postérieure du corps de l'utérus, elle arrive aux anses intestinales. La rupture est évidente ; la malade ne perd plus parce que saignée à blanc. Elle est très pâle, le pouls est presque imperceptible avec tendances syncopales.

Que faire ? On pense à la laparotomie, mais on l'écarte en raison de l'état grave de la malade qui est incapable de supporter une anesthésie et un shock opératoire.

On se contente alors de mettre une mèche de gaze de 2 mètres environ que l'on place dans la brèche pour parer à une hémorragie possible et que l'on tasse dans la cavité utérine. On tente de relever l'état général par tous les moyens possibles : la malade reçoit ainsi 1.100 gr. de sérum artificiel intraveineux ou sous-cutané, 50 cc3 d'huile camphrée, 0 gr. 50 de caféine, 2 mmgr. de strychnine, une ampoule d'adrénaline. Malgré tout on s'attend à un dénouement fatal rapide.

A neuf heures, la malade vit encore, mais elle est toujours dans le même état. On fait tout de même appeler M. le Docteur Molin, chirurgien des Hôpitaux, qui se refuse à intervenir à cause de l'état général, d'autant plus que la malade ne perd pas. Il conseille l'expectation armée. La malade est alors transportée à la 1^{re} infirmerie et pendant le transfert elle a un premier vomissement verdâtre. On lui fait alors une transfusion de 150 gr. de sang citraté de son mari que l'on est obligé d'interrompre à cause des phénomènes de shock qui se déclanchent avec de la dyspnée et du hoquet.

Le soir, la malade s'est un peu remontée au point de vue état général. Son ventre est un peu ballonné et elle a émis quelques gaz par l'anus. On lui donne prudemment un petit lavement d'huile et une sonde rectale est mise en place. La malade se plaint de douleurs abdominales et présente des vomissements assez pénibles.

Le 15 septembre, on enlève la mèche avec précautions, sans accident, ni hémorragie. L'état général de la malade se relève progressivement et on continue le même traitement tonique. La température oscille depuis le début entre 38° et 39°.

Le 4 octobre, la malade continue à aller mieux. Sa température baisse progressivement depuis le 29 septembre et elle est actuellement à la normale.

Le 12 octobre, M. le Docteur Voron examine la malade avant

son départ de l'hôpital : Le corps utérin est mou, du volume d'une grosse orange. Le col semble reconstitué avec une lèvre antérieure épaissie et une lèvre postérieure très mince. L'extrémité supérieure du cul-de-sac postérieur est blindée par une zone cicatricielle qui semble également avoir été intéressée par la déchirure.

Après son départ de l'hôpital, la malade est restée un mois et demi environ au lit à cause de la faiblesse générale et de douleurs vagues dans les jambes qui semblent être de nature rhumatismale car elles étaient aggravées au moment des intempéries.

Son retour de couches eut lieu environ deux mois après l'accouchement avec pertes assez abondantes pendant trois ou quatre jours, à tel point qu'un médecin fut appelé. Au début de mai 1925, la malade allait bien, vaquait à ses occupations. Ses règles étaient régulières et normales, mais elle éprouvait encore quelques douleurs dans les membres inférieurs, douleurs qui allaient en s'atténuant.

OBSERVATION II

(Docteur VORON)

Mme N..., née R..., 21 ans. Primipare.

Dernières règles du 28 janvier au 3 février 1924, donc accouchement probable le 7 novembre.

Le 18 novembre à 20 heures, la malade ressent les premières douleurs et fait appeler une sage-femme qui constate une dilatation du col à peine marquée. Les douleurs continuent mais ont une localisation lombaire.

Le lendemain la sage-femme fait deux examens le matin et le soir et se rend compte que la dilatation progresse avec une extrême lenteur.

Pendant la journée du 20 novembre, les douleurs apparaissent régulièrement toutes les vingt minutes jusqu'à 23 heures, où la malade en accuse deux ou trois plus violentes, qui sont suivies de la rupture de la poche des eaux.

Nouvel examen de la sage-femme qui trouve un léger degré de

dilatation et une présentation très élevée, difficile à atteindre. Elle conseille alors à la malade de se faire transporter à la Maternité de la Charité, où elle arrive le 21 novembre à dix heures. A ce moment la température est de 38°1, les bruits du cœur sont perçus et les urines contiennent un nuage d'albumine.

M. le Docteur Voron examine la malade et constate une dilatation à 4 c/m ; la tête fœtale, située très au-dessus du détroit supérieur, paraît grosse, très ossifiée, et n'appuie pas sur le col. Le bassin présente un arc antérieur de rayon moyen, régulièrement circulaire ; le promontoire et le sacrum ne sont pas explorables.

Le soir et le lendemain matin, il n'y a aucun progrès. M. le docteur Voron conseille, à 11 heures, de placer un ballon de Champetier de Ribes, de grosseur moyenne, pour activer la dilatation. A 12 heures, les douleurs deviennent plus fortes et les bruits du cœur sont normaux.

A 15 heures, le ballon est expulsé, la dilatation atteint une paume de main, la tête est en O I D P, toujours au-dessus du détroit supérieur ; la température est de 39°4. On prévient l'accoucheur de garde, M. le docteur Eparvier, qui décide d'intervenir.

Sous anesthésie, il tente deux applications de forceps avec lacs, mais, sans résultats. Les bruits du cœur deviennent irréguliers, ralentis à 68, puis, au bout de quelques minutes, on ne les perçoit plus. M. Eparvier fait alors un toucher profond et constate que la tête n'a pas progressé : elle est toujours en O I D P et il décide de faire une basiothripsie. Celle-ci est effectuée avec précautions, lentement et sans grandes difficultés.

Enfant du sexe féminin, pesant 3.150 gr. moins la substance cérébrale.

Après l'extraction de l'enfant, il pratique la délivrance artificielle : le placenta est d'ailleurs presque complètement décollé.

Il vérifie alors l'état des voies génitales : le vagin et le col sont intacts, mais, sur le segment inférieur, au niveau du promontoire, il existe une perte de substance enlevée comme à l'emporte-pièce ; elle mesure environ 3 cm/ de diamètre, laisse pénétrer deux doigts qui, sans rencontrer d'anses intestinales, arrivent immédiatement sur la face postérieure de l'utérus.

On pense à l'intervention possible, mais, comme il n'y a aucune

hémorragie, que la plaie est peu étendue, on tente le tamponnement. M. Eparvier introduit alors une mèche d'environ 4 mètres qu'il place d'abord dans la plaie utérine sans trop serrer, puis dans le col et le vagin.

Deni-heure après la malade éprouve un frisson, se plaint d'étouffement, son pouls est lent, la face pâle et on fait immédiatement 10 cc3 d'huile camphrée, 2 cc3 de caféine, oxygène en inhalations et la malade est roulée dans des draps chauds. Grande agitation pendant une heure, puis, à partir de 20 heures, sous l'influence d'une piqûre de morphine, la malade se sent mieux, est plus calme et la nuit est relativement bonne.

Le lendemain matin, la température est de 37°8, le pouls à 64 ; la malade est transférée à la 1^{re} infirmerie.

Dans la journée du 23, la malade accuse une douleur assez violente, surtout à gauche de l'abdomen. Ballonnement, face plutôt pâle, pouls à 110-120, quelques vomissements porracés. Pas de gaz par l'anus. On continue le traitement général ; on met de la glace sur le ventre et on fait une injection de 10 cc3 de sérum antistreptococcique dans les veines.

Le 25 novembre on procède à l'ablation de la mèche et on fait 40 cc3 de sérum intramusculaire. Le 26, la malade n'a pas vomi et se sent beaucoup mieux.

Le 2 décembre, à l'examen, le col est largement ouvert, donnant l'impresion d'une grande fente linéaire transversale. Culs-de-sac vaginaux parfaitement souples et indolores. Par le palper combiné, on sent le fond utérin qui semble arriver à mi-chemin de l'ombilic. Aucun phénomène inflammatoire pelvi-abdominal n'est affirmable.

Le 4 décembre, la douleur s'est localisée dans la région droite de l'abdomen, à peu près au point de Mac Burney, où l'on sent à la palpation un plastron net.

Le 6, la température qui oscillait depuis le début entre 38 et 39°5, a baissé et reste à peu près normale.

Le 12, le plastron a bien diminué ; la douleur a disparu.

Le 23, la température est remontée un peu depuis quelques jours, oscillant entre 37 et 38°5. Bon état général.

A l'examen le col est normal, le cul-de-sac droit est souple, mais, en insistant, on arrive à sentir une masse qui correspond au plastron perçu par le palper abdominal.

Le 26, à l'examen : diminution très nette de la masse signalée à droite qui est à peine atteinte par le toucher vaginal profond. Le promontoire est difficilement perceptible à bout de doigt ; l'arc antérieur est inférieur à la normale.

Le 10 janvier 1925, le plastron a presque complètement disparu. On ne sent rien d'anormal au toucher. La température est normale depuis le 28 décembre. La malade quitte l'hôpital.

Depuis, elle est restée au lit jusqu'en février, se plaignant toujours de douleurs abdominales droites. Pas de pertes.

Elle a commencé de travailler fin mars et, au début de mai, elle allait bien, accusant seulement quelques douleurs dans les jambes à l'occasion de marches un peu longues.

OBSERVATION III

(Professeur COMMANDEUR)

Francine M., 27 ans, secondipare, entre aux expectantes de la Clinique le 3 mars 1899. Elle a marché à un an et n'a commencé de boîter qu'à trois ans et demi, mais, sans ressentir aucune douleur. La boiterie a augmenté progressivement jusqu'à l'âge de 18 ans.

A 18 ans, elle ressentit dans la jambe droite, de vives douleurs qui persistent et gênent considérablement la marche. La pression sur la hanche est douloureuse, le membre inférieur droit est notablement plus court que le gauche. Les mouvements d'abduction sont très limités ; le grand trochanter fait une saillie exagérée à droite et est situé à un niveau plus élevé que le gauche. Dans les mouvements de flexion, on sent filer en arrière la tête fémorale et on perçoit un craquement. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10,5 : le promonto-pubien minimum peut être évaluée à 8 3/4 à 9 cm/. La moitié droite du bassin est fortement réduite et le sinus sacro-iliaque très étroit. La moitié gauche paraît bonne. En somme, il s'agit d'un rétrécissement asymétrique du bassin par luxation paralytique de la hanche droite.

Réglée à 19 ans, toujours irrégulièrement, la malade a eu, il

y a trois ans un premier accouchement normal d'un enfant actuellement bien portant.

Dernières règles : début de juillet 1898. Pendant sa puberté, elle a pris des crises de type hystérimforme, qui cessèrent après la première grossesse.

A l'entrée, le segment inférieur n'est pas constitué, le col long et mou. La tête est mobile bien au-dessus du détroit supérieur en O I D P. Abdomen volumineux ; enfant déjà gros.

Le travail débute le 7 mai à 4 heures 30 du matin. Elle entre à la salle des douleurs à 10 heures du matin ; la dilatation est alors à 5 francs. Tête reste mobile en O I D P. L'occiput est en rapport avec la portion étroite du bassin. On décide de faire, à dilatation complète, la version par le grand tour pour amener l'occiput du côté large du bassin. A 11 heures 1/2 la dilatation est presque complète ; la poche des eaux intacte, la tête toujours mobile en O I D P, très élevée, débordant légèrement sur la fosse iliaque droite et un peu inclinée sur l'épaule potérieure, col très souple, anneau de contraction non accessible. A midi, dilatation complète. La version est décidée, indiquée par la position droite de la tête et son défaut d'adaptation au détroit supérieur.

Anesthésie. Introduction facile de la main droite. Le segment inférieur est mince et souple, les contractions rapprochées et intenses. Saisie des deux pieds. Evolution facile par le grand tour. Le siège descend, anse au cordon, dégagement du bras postérieur par le plan ventral du fœtus. Introduction de la main gauche pour abaisser le bras antérieur. Au moment où les doigts refoulent le coude vers la face, une contraction utérine violente chasse la tête et le bras non abaissé. L'enfant, du poids de 3.990 gr., sort comme un boulet. A peine l'enfant sorti survient une violente hémorragie. La compression immédiate de l'aorte ne l'arrête qu'incomplètement. L'exploration au doigt fait reconnaître une large déchirure du col à droite, se prolongeant à droite et en arrière sur le segment inférieur jusqu'au voisinage de l'anneau de contraction nettement perceptible. Le péritoine ne semble pas ouvert ; à gauche, le col est déchiré seulement dans sa portion intravaginale. Extraction manuelle du placenta. Le corps utérin se contracte bien ; on fait une injection sous-cutanée de six gouttes d'ergotinine.

Le col est amené à la vulve avec une pince de Hégar sur chaque

lèvre ; on suture le col à droite (quatre points) et à gauche (deux points). A travers le col reconstitué, on tamponne l'utérus, puis le segment inférieur, mais le sang filtre toujours. Les sutures du col sont alors enlevées et on fait un tamponnement très serré de l'utérus, du segment inférieur et du vagin. ; le sang s'arrête. La malade présente des signes d'anémie aigüe : pouls très petit et très accéléré, vertiges. On lui fait une injection de 800 gr. de sérum. A cinq heures, l'écoulement sanguin recommence, mais les phénomènes d'anémie ne s'accroissent pas. La malade se plaint d'une vive douleur dans le bas-ventre, surtout du côté droit qui est très sensible.

A six heures, injection de 400 gr. d'eau salée ; le pouls remonte. Vers sept heures une syncope plus accusée se produit. A sept heures et demie le Professeur Fochier voit la malade et ne juge pas indiqué de faire le Porro. On comprime à nouveau le tampon et on le renforce d'une nouvelle mèche. A partir de ce moment, il n'y a plus de suintement.

8 mai. — Les troubles anémiques vont en diminuant ; la malade s'alimente ; sa température est de 37°5.

9 mai. — On enlève la partie vagino-cervicale du tampon. L'hémorragie est arrêtée. Le toucher vaginal est très douloureux ; il y a de l'œdème du périnée et de la grande lèvre droite. Le soir la température est à 39. Au toucher, on sent en arrière de la vessie et bombant énormément dans le cul-de-sac antérieur, une masse du volume d'un petit œuf se prolongeant vers le cul-de-sac droit et extrêmement douloureuse. Injection de 1 cc3 de térébenthine au flanc gauche.

10 mai. — La malade souffre moins. La montée de lait s'est faite avec intensité et la malade demande à nourrir son enfant.

15 mai. — Ces derniers jours, malgré la température qui se maintient autour de 39, la malade souffre moins, se trouve mieux. Elle s'est plainte, ce matin, d'avoir un peu d'incontinence d'urine. Pouls autour de 130. L'urine retirée à la sonde est trouble et donne après filtration une notable quantité d'albumine.

18 mai. — On enlève une mèche profonde que l'hématome antéutérin rendait inaccessible les jours précédents. Il se produit une nouvelle hémorragie d'environ 200 gr., qui cède à un nouveau tamponnement.

20 mai. — On enlève le tamponnement. Pas de nouvelle hémorragie. La température tombe définitivement.

30 mai. — La malade va bien, reprend peu à peu ses forces et ses couleurs.

26 juin. — Malgré la longueur de la convalescence, la malade se sent bien ; elle reste levée toute la journée.

OBSERVATION IV

(Professeur COMMANDEUR)

La nommée Valentine G..., 26 ans, primipare, entre aux expectantes de la clinique le 12 avril 1899. Rien dans ses antécédents. Réglée à 17 ans, régulièrement.

Dernières règles : commencement août 1898. Grossesse bonne. A son entrée, présentation du sommet avec tête mobile en OIGA. Utérus cordiforme, tête petite, beaucoup d'eau. Promontoire à 12 cm/ du sous-pubis. Les douleurs débutent le 16 mai à sept heures du soir.

Le 17 à dix heures du matin, dilatation complète. On rompt artificiellement les membranes ; il s'écoule environ 600 gr. de liquide. La tête est toujours mobile en OIGA, la fontanelle antérieure à droite du promontoire, la petite fontanelle inaccessible ; le pariétal antérieur chevauche sur le postérieur. Les bruits du cœur varient entre 145 et 155. A midi, les douleurs trainent toujours, les bruits du cœur restent accélérés et irréguliers. On décide une application de forceps (cuillers de Tarnier avec lacs). On perçoit à un moment donné un craquement. Les tractions sont faites intermittentes et lentes à cause de l'état de tension de l'orifice utérin. La tête dans l'excavation, les tractions restent sans effet. Les bruits du cœur vont bien. Dans une dernière traction, on sent glisser les cuillers de Tarnier. On retire alors le forceps et on l'applique à nouveau avec les cuillers de Levret. Trois tractions permettent d'extraire un enfant volumineux (4050 gr.), qui présente une fracture en étoile sur la bosse frontale gauche et qui ne peut être ranimé.

Bientôt après la sortie de l'enfant, se déclare une hémorragie importante. Utérus mou. La délivrance artificielle est immédia-

tement pratiquée. Injection de six gouttes d'ergotinine. L'hémorragie persiste avec un caractère de gravité évidente. On fait alors la compression de l'aorte et on examine avec soin l'état du col et du segment inférieur. Le col est indemne sur sa face vaginale, mais, en longeant la face interne, on sent sur sa paroi postérieure, une perte de substance transversale d'environ 4 cm/ de long et située à 5 cm/ de l'orifice externe du col. A travers cette perte de substance, on sent avec une netteté extrême la saillie du promontoire. On ne peut se rendre compte si le péritoine est lésé ou non. Le col est érigé, attiré à la vulve et on tamponne l'utérus, le segment inférieur et la partie supérieure du vagin à la gaze stérilisée. On soutient le tampon pendant environ trois-quarts d'heure avec deux doigts placés dans le vagin. L'hémorragie s'arrête. Injection de 600 cc3 d'eau salée. Le pouls, qui était monté à 120, retombe progressivement. La malade se plaint d'une vive douleur à l'hypogastre.

Le lendemain, on enlève 1 mètre 50 de la bande de gaze et 12 mètres le 12 mai.

L'hémorragie ne se reproduit plus.

La température reste au-dessus de 38° le soir, jusqu'au dixième jour, puis elle retombe à la normale, La malade se lève le treizième jour et sort le vingtième jour en bon état.

OBSERVATION V (résumée)

(MM. BOISSARD et VIGNE)

Malade amenée dans le service avec état général grave, signes d'hémorragie abondante et shock intense.

La dilatation est seulement d'une paume de main, L'enfant est mort et l'on termine l'accouchement par une craniotomie.

On vérifie alors l'état des voies génitales et on constate une déchirure admettant toute la main qui perçoit, dans la profondeur, une sorte de mince toile d'araignée qui est vraisemblablement le péritoine.

L'état général est extrêmement grave, à peu près désespéré ; l'utérus est petit, contracté, avec hémorragie externe peu abon-

dante. En raison de l'intensité du shock, de l'absence d'hémorragie externe et de la rétraction utérine, on rejette l'intervention et on se contente de faire un simple tamponnement vagino-utérin avec injection d'ergotine et toniques généraux.

La malade va bien les jours suivants, son état général s'améliore progressivement et le vingt-deuxième jour après son accouchement elle quitte l'hôpital en bon état.

OBSERVATION VI (résumée)

(HERVEY WILLIAMSON)

III^e pare. Présentation en OIDA. Nécessité d'une extraction par le forceps de Tarnier. Après la sortie de l'enfant, on vérifie l'état des voies génitales et on constate l'existence d'une déchirure gauche du col s'étendant sur le segment inférieur sur une longueur de 9 à 10 cm/.

Tamponnement simple avec guérison

OBSERVATION VII (résumée)

HERVEY WILLIAMSON)

X^e pare. Présentation en OIGP.

A l'examen, on trouve une procidence du cordon qui bat encore. On fait rapidement une dilatation manuelle du col. Au cours des manœuvres, celui-ci se déchire sur une longueur d'environ 10 cm/ et la rupture reste extrapéritonéale. Néanmoins, une hémorragie abondante se produit et l'on extrait l'enfant rapidement et avec précaution. Aussitôt après on fait un tamponnement ; on donne à la malade de l'ergot par la bouche et on traite l'état général par du sérum artificiel, morphine, etc. L'état de la malade est allé en s'améliorant lentement, mais progressivement. Vers le trentième jour survint une phlébite de la jambe qui devint bilatérale, mais la guérison survint néanmoins vers le 74^e jour.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET

Mme Ler., née Rev., 38 ans. Pas d'antécédents. Réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Primipare. Dernières règles : 31 août 1922.

Le 28 avril 1923, on note à l'examen : Hauteur utérine : 31. Tête mobile en OID.

Au toucher : Promontoire bas et peu saillant ; diamètre promonto-sous-pubien, 10,5. Arc antérieur normal. Bassin aplati et généralement rétréci. On décide de faire un accouchement prématuré.

Le 26 mai, au matin, on place une bougie de Krause. Le soir à 17 heures, début des douleurs qui sont régulières. Néanmoins, le travail se fait lentement, et la poche des eaux se rompt précocement le 27 mai à 16 heures. La tête est toujours au détroit supérieur avec dilatation du col à cinq francs. Les douleurs deviennent subintrantes, l'utérus se tétanise. La zone du segment inférieur, très amincie, est moulée sur les épaules au-dessus de la symphyse. Malgré cela, la progression ne se fait pas et l'on perçoit de chaque côté de l'utérus les anses intestinales dilatées. On fait deux centimètres cubes de morphine et on donne à la malade 4 gr. de chloral.

Le 28 mai, on décide d'intervenir en raison de l'arrêt de la progression et surtout de l'état général de la malade. Celle-ci est endormie et l'on commence une application de forceps, suivie d'une basiorthripsie (Docteurs Gonnet et Gaucherand. L'intervention est difficile et longue : l'anesthésie a duré 3 heures 30, dont 2 heures 30 au chloroforme et 1 heure à l'éther.

Après la délivrance artificielle, on fait une exploration des voies génitales. L'utérus paraît intact, mais, on constate une déchirure du cul-de-sac postérieur du vagin : la main pénètre dans la plaie, remonte le long de l'utérus et saisit les anses intestinales.

L'état général de la malade étant extrêmement grave, on ne peut lui infliger une nouvelle anesthésie. Aussi, comme elle ne perd pas, on se borne à l'expectation armée : la malade est portée dans son lit où on lui prodigue les toniques généraux. Elle reçoit en plus 60 cc3 de sérum antistreptococcique le 28, 60 cc3 le 29 et 40 cc3 le 30.

Le 30 mai l'état général est bon, le ventre est souple, la malade a émis quelques gaz intestinaux. Elle se plaint seulement d'un point douloureux dans la fosse iliaque gauche.. Léger subictère sans signes particuliers à l'examen du foie.

6 juin. — L'état général est toujours bon ; la température, qui, au début, se maintenait vers 37°7, 37°8, présente depuis le 3 juin, quelques oscillations entre 37 et 38°5, attribuables à des accidents sériques assez marqués (érythèmes, œdème des mains, surtout à droite). Le ventre est souple.

La malade qui perdait ses urines au début, a eu le 4 juin, une injection de pituitrine qui supprima l'incontinence, provoquant plutôt un peu de contracture sphinctérienne, car, à la fin de la miction, il faut appuyer sur le bas-ventre pour vider la vessie.

9 juin. — Disparition du subictère, mais, la malade semble uriner par le vagin, ce qui fait penser à l'existence d'une fistule vésico-génitale.

12 juin. — Amélioration de l'état général, mais, l'œdème s'est étendu aux quatre membres. Persistance des troubles urinaires ; les dernières gouttes sont troubles et fétides. On essaye de sonder la malade et on s'aperçoit que le méat urinaire est profond, intra-vaginal, ce qui explique que l'on ait pensé à une fistule vésico-vaginale qui n'existe pas en réalité. Les urines sont envoyées au laboratoire pour examen bactériologique et auto-vaccin. (Elles contiennent des colibacilles et quelques staphylocoques).

13 juin. — Escarre assez étendue de la région coccygienne qui explique la petite poussée thermique que présente la malade.

29 juin. — La malade a eu quatre injections d'auto-vaccin :

Le 17 = 1/2 cc3.

Le 21 = 1 cc3.

Le 25 = 1 cc3 1/2.

LE 29 = 2 cc3.

3 juillet. — La malade va bien, est à peu près guérie. Au toucher (Dr Gonnet), la lèvre antérieure du col est souple, mais, la lèvre postérieure est unie intimement au cul-de-sac vaginal postérieur par une cicatrice résistante.

CONCLUSIONS

I. — Les méthodes de traitement des ruptures de l'utérus sont nombreuses et ont varié avec les temps et avec les auteurs. On peut cependant les diviser en deux groupes qui sont les méthodes opératoires et celles basées sur l'expectation armée.

II. — Chacun de ces groupes a eu ses défenseurs et ses détracteurs et, actuellement, la plupart des auteurs admettent que, dans toute rupture de l'utérus, il faut opérer par la voie abdominale.

III. — Tout en admettant le principe de l'intervention opératoire dans la grande majorité des cas, il est parfois des circonstances où on peut être conduit à s'abstenir en reconnaissant des contre-indications opératoires. Parmi celles-ci, nous citerons :

a) la déficience des conditions matérielles comme c'est le cas par exemple à la campagne, loin d'un centre chirurgical.

b) la gravité de l'état général de la malade qui l'empêcherait de supporter le shock anesthésique et opératoire.

Ces deux contre-indications se trouvent en quelque sorte renforcées lorsque la déchirure est petite, paraît extrapéritonéale, et que l'hémorragie est arrêtée ou peu importante.

C'est dans ces conditions qu'on peut avoir recours à l'expectation en plaçant simplement une mèche dans la plaie utérine et en relevant l'état général de la malade par tous les moyens que l'on a à sa disposition.

Dans un certain nombre de cas, on aura ainsi des succès inespérés dont nous citons un certain nombre d'exemples.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BOISSARD et VIGNE. — *Soc. d'Obstétrique de Paris*, 16 nov. 1911.
- COMMANDEUR. — Cinq observations de déchirures de la portion flasque du conduit utéro-vaginal, dans « *L'Obstétrique* », 1900.
- DRAGHIESCO et CRISTEANU. — *Ann. de Gyn. et d'Obstétrique*, 1902.
- DUBRISAY-JEANNIN. — Précis d'Obstétrique.
- FABRE. — Précis d'Obstétrique.
- FLEURENT H. — *Société Gynéc. et Obstétr.*, Strasbourg, 1921.
- FORNÉ. — Thèse, Paris 1900.
- FRANQUÉ O. — *Centr. für Gynek.*, 1902.
- HARTMANN. — *Ann. de Gyn. et Obstr.*, 1901.
- HERBERT SPENCER. — *Société d'Obstétrique de Douvres*.
- HERVEY WILLIAMSON. — *New-York Academy of Med.*, 1921. Two cases of extra péritonéal rupture of the lower utérine segment.
- ISTRIA. — Comment traiter les rupt. de l'utérus survenant pendant le travail. Thèse, Paris 1911-12.
- JEANNIN et GUÉMOT. — Thérapeutique obstétr. et gynécol.
- KLIEN. — Traitement opérat. et non opérat. des rupt. de l'utérus (*Arch. f. Gyn.* Bd LXII, p. 103).
- KOLOMENKIN. — *Monatsschrift für Geb. Gyn.*
- LABUSQUIÈRE. — Thèse, Paris, 1884.
- Ann. Gyn. et Obst.*, 1894.
- Annales de Gynécologie*, 1903.

- LÉVY EDGAR. — Contribution à l'étude du traitement des rupt. utérines, Thèse Nancy, 1905.
- MAYGRIER et SCHWAB. — Précis d'Obstétrique.
- MERRZ K. — *Arch. für Gyn.* Bd XLV Haft 2.
- MIKHINE. — *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1902.
- NICOLAS IVANOFF. — *Annales de Gynécologie*, 1903.
- POTOCKI. — *Bulletin Médical*, 1911.
- PRESSE MÉDICALE 1901. — Congrès de Nantes.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
- ROUDOULY. — Contribution à l'étude du trait^t des ruptures utérines, Thèse Lyon, 1908.
- SCHMITT. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. Thèse Nancy, 1901.
- VARNIER. — *Ann. de Gynécol. et Obst.*, 1901.
- VENOT et PÉRY. — *Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris 1920.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Historique	11
Des indications de l'expectation.....	19
Observations.....	27
Conclusions.....	41
Bibliographie.....	43

IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON, 42 °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °
